



File No.: 039338

Nationality: ETHIOPIAN

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039338
Name: TIGEST MEKONNEN AKULEYE
QID No: 29023004671 Sex: Female
Mob: 77766625 ADDRESS: ALKHRYTIYAT

Age: 37y/o

Marital Status: 9yrs

and's Name: Satin Musgharata Tekadu

le Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

- Came for Implanon removal
- no complaint.

Medical History: non.

P.H. cis only

F.H. non.

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 14 yrs L.N.M.P

Menstrual Habits: regular period

Menstrual Symptoms: non. Menopause:

Parity: P 2 Abortion 0 Ectopic LCB 8 yrs.

♀ 2 ♂

one NVD, 2nd cis.

EXAMINATION

General Examination: Ht. 151 cm Wt. 56.7 Kg BMI Kg/m² Bp 120/70 mm Hg
Cooperative, not pale.

Chest, C.V.S.

Abdomen: NAD

Breasts: not examined.

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

not indicated.

Investigation Requested:

Diagnosis:

non.

Plan of Management: 2. Implanon removal.
implant's were removed smoothly.
Pt reassured.

Next Appointment:

Date 6 / 8 / 2021

New Patient Registration Form

Full Name T. BEST MEKONNEN AKULKEYE الإسم الكامل

Date of Birth 30-9-1990 تاريخ الميلاد

Marital Status ☐ Single / أعزب ☒ Married / متزوج ☐ Divorced / مطلق ☐ Widowed / أرمل

Gender: ☐ Male / ذكر ☒ Female / أنثى Nationality إثيوبيا الجنسية

Occupation خادمة المهنة

I.D Number 29023004671 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) 777 606 25 رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number " رقم الجوال

Emergency Contact Person ولي الأمر أقرب الأقارب

Emergency Contact Number " رقم هاتف

Address: Building No. Zone No. Street No. العنوان:

رقم البناية 37 رقم المنطقة 55 رقم الشارع 211 العنوان:

How did you hear about our Center

من أين سمعت عن مركزنا؟

☐ Advertisements / إعلانات ☐ Referral by doctor ☒ Friends & Relatives / أصدقاء وأقارب

☐ Others / أخرى

How do you want us to address you ?

كيف تفضل أن نناديك ؟

☐ By Name / بالإسم ☒ By No / بالرقم ☐ Others (please specify) / حدد الطريقة التي تفضلها

I receive my Rights & Responsibilities

☒ إستلمت قائمة حقوق و مسؤوليات المريض

Signature [Signature] التوقيع

File Number 039338



نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطيبة المعالج لي لمقابلتي وأجراء الكشف علي والقيام بتشخيصي ومعالجتي بالأدوية أو العقاقير أو عمليات إن إحتاج الأمر ، وأنا أدرك أن من مسؤوليتي الحضور في الوقت المحدد لمواعيدي واتباع أوامر الطبيب المعالج لي كما أدرك بأنني لدي الحق في طلب رأي ثاني لو لم أكن راضيا / راضية عن الرعاية المقدمة لي.

وأوافق على أي اجراء فحص طبي إن طلب مني من أجل تقديم رعاية طبية صحيحة.

وقد قرأت ووافقت على نموذج الموافقة المستنيرة حسب تعليمات وزارة الصحة العامة.

اسم المريض / المريضة: **TIGEST MERONNEN**

التاريخ: **6-8-2024**

ملف رقم: **039338**

التوقيع:

د. سلمى بابكر احمد
Dr. Selma Babiker Ahmed
تخصص: أمراض النساء وولادة
Obstetrics & gynecology
ترخيص رقم ٢١١٣٩٩
Licence No. 211399

State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 29023004671 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 30/09/1990 تاريخ الميلاد:
Expiry: 11/02/2026 الصلاحية:
Nationality: ETHIOPIA الجنسية:
Occupation: عاملة منزل المهنة:



الاسم: تيجست ميكونان اكلييا

Name: TIGEST MEKONNEN AKULEYE

Passport Number: EP7186867 رقم جواز السفر:
Passport Expiry: 02/08/2027 تاريخ انتهاء الجواز:
Serial No: 30129023004671 الرقم المسلسل:
Residency Type: عمل نوع الرخصة:
Employer: علي عبدالله محمد عبدالله اليافعي المستقدم:
مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

